

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 90

LA

MÉTHODE DE BOUILLY

DANS LE TRAITEMENT

DU PROLAPSUS UTÉRIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Mai 1921

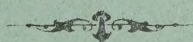
PAR

André MARTIN

Né à Montady (Hérault), le 7 Mai 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	DE ROUVILLE, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		GILIS, professeur.		
		RICHE, agrégé.		
		DELMAS (P.), agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

LA MÉTHODE DE BOUILLY

DANS LE TRAITEMENT

DU PROLAPSUS UTÉRIN

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 90

LA

MÉTHODE DE BOUILLY

DANS LE TRAITEMENT

DU PROLAPSUS UTÉRIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Mai 1921

PAR

André MARTIN

Né à Montady (Hérault), le 7 Mai 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



Examineurs

de la Thèse

{ DE ROUVILLE, professeur, *Président*.
GILIS, professeur.
RICHE, agrégé.
DELMAS (P.), agrégé.

{ *Assesseurs*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELT
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DEKKEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
Anatomie	GAUSSEL.	Accouchements	ETIENNE.
Chimie	EUZIERE.	Histoire natur.	LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Physique	DELMAS (P.).
	MARGAROT.		GALAVIELLE.
	DELMAS (J.).		CABANNES.
	MESTREZAT		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. De ROUVILLE, professeur, <i>président</i> .	MM. RICHE, agrégé.
GILIS, professeur.	DELMAS (P.), agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS PARENTS

Pieux souvenir de filiale affection.

A. MARTIN.

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

*En témoignage de ma profonde
affection.*

A TOUS MES NEVEUX ET NIÈCES

MEIS ET AMICIS

A. MARTIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS
PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ DELMAS

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A. MARTIN.

LA MÉTHODE DE BOUILLY

DANS LE TRAITEMENT

DU PROLAPSUS UTÉRIN

INTRODUCTION

Avant de commencer l'exposition de notre travail nous nous ferons un devoir de remercier tous ceux qui nous ont prodigué leurs conseils et leurs encouragements et qui pendant la durée de nos études médicales nous ont guidé avec tant de dévouement et de science.

Nos très sincères sentiments de gratitude iront tout d'abord vers M. le professeur de Rouville, professeur de clinique gynécologique. Il nous a fait bénéficier de son précieux enseignement et nous ne pourrons jamais assez prouver notre attachement reconnaissant à ce Maître éminent qui, dans son service de gynécologie, à l'Hôpital Suburbain n'a cessé de nous prodiguer les plus grandes marques de sa bienveillante sollicitude.

Pendant le temps, trop court hélas, que nous avons passé dans son service, durant notre année d'externat, nous avons eu bien souvent l'occasion d'apprécier les grandes qualités de cœur de ce Maître vénéré. Aussi, au moment de terminer nos études, nous sommes-nous permis encore une

fois de faire appel à son inlassable amabilité et l'avons-nous prié de bien vouloir nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous avons observé dans son service des cas très nombreux de prolapsus utérin; cette affection étant relativement fréquente, il nous a paru intéressant d'étudier dans ce modeste travail, les résultats éloignés que pouvait donner l'opération de Bouilly chez des femmes destinées à reprendre leur vie active dès leur sortie de l'hôpital.

Ayant suivi de près ces malades durant tout leur séjour au service, nous avons obtenu de notre Maître l'autorisation de publier leurs observations et de pouvoir ainsi présenter sur cette question une étude d'ensemble aussi documentée que pourra le permettre notre modeste compétence.

Cette étude sera complétée par l'exposé des judicieuses modifications apportées à la technique opératoire de Bouilly, par M. le professeur De Rouville.

Notre sincère et profonde reconnaissance va aussi à tous nos Maîtres qui nous ont communiqué, pendant toute la durée de nos études, une si large part de leur haute culture intellectuelle. En ce jour, nous les réunissons tous dans une même pensée d'affectueuse gratitude.

Nous ne saurions omettre de saluer ici bien respectueusement la mémoire si chère de nos braves camarades de Faculté morts glorieusement au champ d'honneur.

Et puisque nous jetons un regard en arrière, qu'il nous soit permis d'adresser un hommage d'admiration et de reconnaissance émue à tous ceux qui durant notre long séjour à l'Hôpital militaire de Bel-Air, à Nantes, nous prodiguèrent avec dévouement leurs soins les plus affectueux.

Nous remercions aussi tous nos amis de la Faculté pour les bons conseils qu'ils nous ont si aimablement donnés et l'accueil cordial qu'ils nous ont réservé à notre retour des Armées.

HISTORIQUE

Nous n'avons pas l'intention de décrire tous les procédés nombreux et multiples qui ont été conseillés pour s'opposer temporairement ou d'une façon définitive à la descente de l'utérus dans le vagin. Une telle énumération serait superflue et ne pourrait contenir dans le cadre forcément restreint de ce modeste ouvrage.

Nous nous bornerons donc, afin d'avoir une vue d'ensemble sur l'évolution de la thérapeutique du prolapsus utérin, à signaler dans une classification simple et nette les moyens de contention présentant le plus d'intérêt.

Nous citerons tout d'abord, à titre de curiosité historique, l'ingéniosité dont faisaient preuve, au temps jadis, les femmes atteintes de prolapsus génital : elles introduisaient dans le vagin une pomme ou une orange pour empêcher l'utérus de prolaber au dehors, moyen bien précaire qui ne devait pas leur donner toujours entière satisfaction !

Parmi les moyens employés pour la cure palliative ou définitive du prolapsus utérin, nous distinguerons des procédés non sanglants et des procédés chirurgicaux.

I. PROCÉDÉS NON SANGLANTS. Ces ne sont que des moyens de fortune qui n'améliorent guère le sort des malades. Ils consistent dans le port d'appareils plus ou moins bien perfectionnés, cause de gêne ne permettant pas aux malades l'entière liberté de leurs mouvements.

Ces moyens sont de trois ordres: ceintures, pessaires, hystérophores.

a) *Ceintures*. — Les ceintures et les pessaires donnent un soulagement peu durable et souvent tout à fait illusoire. Cependant la ceinture empêche le paquet abdominal de peser sur les organes pelviens et on supprime ainsi l'une des causes du prolapsus.

b) *Pessaires*. — Les pessaires donnent quelques résultats à la condition cependant que le périnée ait conservé une certaine tonicité.

Breisky dit avoir obtenu de bons résultats avec des pessaires oviformes.

Parmi les pessaires les plus employés, nous pouvons citer: les pessaires à anneaux de Dumontpallier, de Hodge, les pessaires en traîneau de Schultze, les pessaires en gimblette, les pessaires à air de Gariel et à ailettes de Zwanck-Schilling, etc.

c) *Hystérophores*. — Dans le cas où la femme refuse toute intervention sanglante, la seule ressource réside dans l'emploi de pessaires à tige, soutenus par une ceinture, pessaires qui portent le nom d'*hystérophores*.

Les plus connus sont: les pessaires de Dumontpallier, montés sur tige, ceux de Scanzoni, Courty, Grandcollot, Borgnet; le pessaire de Cutter se termine par une cuvette sur laquelle vient reposer l'utérus.

II. PROCÉDÉS CHIRURGICAUX. — C'est le seul traitement rationnel; puisqu'il s'adresse aux causes directes du prolapsus et s'efforce d'employer des moyens naturels de restauration, les seuls capables d'assurer d'une façon définitive la guérison de la malade. D'une façon générale, il consiste essentiellement à reconstituer les éléments de soutien

de l'utérus et du vagin de façon à remettre les organes en place et à les y maintenir.

Pour arriver à ce résultat, diverses méthodes ont été employées; elles peuvent se classer de la façon suivante, d'après le but qu'elles se proposent:

I. — Soulèvement de l'utérus par l'intermédiaire des ligaments ronds.

II. — Suture de l'utérus aux parties voisines, soit par la voie vaginale, soit par laparotomie.

III. — Constitution d'un point d'appui inférieur du côté du vagin, de la vulve et du périnée.

IV. — Hystérectomie.

Dans le premier groupe, nous ne citerons seulement que l'opération d'Alquié-Alexander-Adams.

Dans le deuxième groupe, nous ne mentionnerons que les vieux procédés d'hystéropexie vaginale de Schuncking, et la gastro-hystéropexie de Kœberlé, car au point de vue théorique comme au point de vue pratique, l'hystéropexie ne peut être une opération suffisante par elle-même, une opération portant soit sur le col, soit sur le périnée, soit sur le vagin est toujours nécessaire.

Dans le troisième groupe, la cure du prolapsus est obtenue par la réfection du plancher vagino-périnéal. Les procédés préconisés dans cette catégorie sont les suivants:

a) L'épisiorrhaphie ou suture des grandes lèvres de Fricke.

b) L'avivement et la suture de l'orifice vulvaire de Maligne.

c) L'infibulation à l'aide d'anneaux métalliques.

d) La cautérisation des parois vaginales soit avec des caustiques, soit au fer rouge.

e) L'opération de Frank ayant pour but de former un pli vertical à l'intérieur du vagin.

Ce sont tous de vieux procédés dont le dernier paraît cependant avoir préparé la colpo-périnéorraphie employée actuellement avec ses différentes techniques.

C'est depuis Simon que l'on a multiplié les tracés de l'avivement pour la colpo-périnéorraphie qui peut être exécutée, soit par la méthode de l'avivement (procédé de Hegar), soit par la méthode de dédoublement (procédé de Doléris) qu'on peut compléter par la myorraphie des releveurs, soit en ménageant la colonne postérieure du vagin (procédé de A. Martin), soit par le cloisonnement du vagin (procédé de Lefort).

En résumé, nous voyons, que très nombreux sont les procédés opératoires qui peuvent trouver leur indication clinique. Nous voyons nettement que toutes ces méthodes tendent à résoudre un problème dont le principe a été posé par Bouilly et qui est le suivant: « Restaurer et relever le périnée et du même coup rétrécir et consolider les parois vaginales, soutenir l'utérus et l'empêcher de descendre, telles sont les données du problème à résoudre ».

A Bouilly lui-même revient le grand honneur, d'avoir trouvé la solution du problème qu'il avait si clairement posé. Sa technique que nous nous proposons d'étudier avec beaucoup de détails dans un des chapitres suivants, peut être schématisée en trois temps principaux: une amputation sus-vaginale du col, une résection des parois vaginales, une colpo-périnéorraphie.

C'est sur le procédé de Bouilly que notre Maître, M. le professeur de Rouville, a fixé depuis longtemps son choix. Nous avons pu voir et juger dans la grande majorité des cas les excellents résultats qui ont été obtenus par cette méthode chez les malades dont nous présentons plus loin les observations.

ANATOMIE DE LA REGION.

Nous pensons qu'il est indispensable pour bien faire comprendre la pathogénie du prolapsus et surtout la technique opératoire de Bouilly de faire rapidement un exposé très succinet de l'anatomie de la région.

I. UTÉRUS. — L'utérus a la forme d'un cône aplati d'avant en arrière, dont la base regarde en haut et dont le sommet s'engage plus ou moins dans l'orifice supérieur du vagin.

Un peu au-dessous de sa partie moyenne se trouve un rétrécissement appelé *isthme* qui le divise en deux parties : l'une supérieure ou *corps*, l'autre inférieure ou *col*.

La longueur moyenne de la cavité utérine est de 55 à 65 millimètres dont 22 millimètres pour le col et 30 à 40 millimètres pour le corps.

II. RAPPORTS DE L'UTÉRUS. — Nous avons à considérer des rapports intrinsèques et des rapports extrinsèques.

A. *Rapports intrinsèques.* — Nous n'étudierons que les rapports de l'utérus avec le paquet vasculaire qui chemine sur ses bords. L'utérus est irrigué par l'utéro-ovarienne et l'utérine, nous ne considérerons que cette dernière.

Partie de l'hypogastrique, l'utérine suit tout d'abord la

paroi latérale du bassin; puis en se portant transversalement en dedans gagne le bord de l'utérus. Là elle se recourbe, en formant la crosse de l'utérine, et remonte verticalement le long des bords de l'utérus entre les deux feuillets du ligament large. Dans sa portion transversale, elle répond à la base des ligaments larges, croise l'uretère qui se trouve en arrière; ce point d'entrecroisement se fait à 2 centimètres du bassin et du bord de l'utérus. Dans sa portion verticale, elle fournit des rameaux aux culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin et aux faces antérieure et postérieure de l'utérus; de cette même portion se détachent au niveau du col les artères cervicales.

B. Rapports extrinsèques. — La face antérieure de l'utérus répond à la vessie dont elle est séparée par le cul-de-sac vésico-utérin. Sa face postérieure répond au rectum dont elle est séparée par le cul-de-sac recto-vaginal ou cul-de-sac de Douglas.

L'intestin peut, dans le prolapsus utérin, descendre dans le cul-de-sac de Douglas et constituer une élytrocèle.

III. LIGAMENTS DE L'UTÉRUS. — L'utérus est maintenu par trois ligaments: les ligaments larges, les ligaments ronds, et les ligaments utéro-sacrés.

Les ligaments larges sont représentés par deux cloisons membraneuses allant des bords de l'utérus aux parois latérales du bassin.

Les ligaments ronds naissent sur la partie antérieure et latérale de l'utérus un peu au-dessous de la trompe, ils s'engagent dans le canal inguinal et à sa sortie se résolvent en bouquet en partie sur l'épine du pubis, en partie dans la couche cellulo-adipeuse du mont de Vénus et des grandes lèvres.

Les ligaments utéro-sacrés, qui sont très importants au point de vue statique de l'utérus, s'étendent de la face postérieure du col à la première ou à la deuxième vertèbre sacrée.

IV. VAGIN. — C'est un conduit musculo-membraneux continuant le canal utérin. Dans les conditions physiologiques ordinaires, les parois antérieure et postérieure sont intimement appliquées l'une contre l'autre. Sa cavité est donc virtuelle à l'état normal.

Sa longueur moyenne est de 6 à 7 centimètres. Les parois vaginales sont extensibles et élastiques.

En avant, il répond à la base de la vessie, en arrière au cul-de-sac de Douglas et au rectum.

V. PÉRINÉE. — On distingue le *périnée superficiel* formé par le muscle transverse du périnée, l'ischio-caverneux, le bulbo-caverneux et le sphincter de l'anus qui se trouve rompu dans les déchirures complètes du périnée.

Le *périnée profond* est constitué par le transverse profond et le *muscle releveur de l'anus* qui joue un rôle important dans le prolapsus de l'utérus.

Le muscle releveur de l'anus est formé par deux couches l'une superficielle ou sphinctérienne, l'autre profonde ou élévatrice.

Les fibres de la couche superficielle s'insèrent : 1° sur la face postérieure du corps du pubis ; 2° sur la face profonde de l'aponévrose de l'obturateur interne et en particulier sur un épaississement de cet aponévrose, l'*arcus tendineus levatoris ani* ; 3° sur l'épine sciatique. De cette ligne d'insertion les fibres convergent vers les faces latérales du rectum qu'elles contournent d'avant en arrière et se terminent sur le raphé fibreux médiant ano-coccygien et sur la pointe du coccyx.

Les fibres de la couche profonde s'insèrent sur le pubis immédiatement au-dessus et en dedans des fibres pubiennes de la portion sphinctérienne. De là elles se portent directement en arrière, croisent les faces latérales du vagin et se terminent dans les parois latérales et antérieures du rectum en se continuant avec les fibres longitudinales de cet organe.

On connaît le rôle important joué par le muscle releveur de l'anus dans le mécanisme de l'accouchement. Il constitue pour une large part la sangle périnéale: il peut être regardé comme un deuxième sphincter uro-génital et un deuxième diaphragme à concavité regardant la concavité du diaphragme abdomino-thoracique.

Nous avons signalé seulement les éléments anatomiques indispensables à la compréhension de notre étude.

ETIOLOGIE

La recherche des causes, *a priori* si nombreuses qui provoquent de si graves modifications dans la statique de l'appareil génital, présente un intérêt d'autant plus grand que c'est sur ces causes déterminantes elles-mêmes que repose tout traitement rationnel.

Certains chirurgiens décrivent des prolapsus utérins se produisant à la suite d'efforts violents soit d'emblée, soit quand une cause prédisposante a déjà frayé la route. Une chute sur le siège, une attaque d'épilepsie, de violents accès de toux ont pu produire même chez les vierges, ce que certains auteurs, Barnes en particulier, ont appelé « prolapsus aigu ». Ce sont là des faits relativement rares.

On pourrait penser que le poids de l'utérus lui-même pourrait être suffisant pour déterminer son abaissement, mais dans ce cas toute grossesse provoquerait un prolapsus, il en serait de même pour les fibromes.

Les ligaments utérins eux-mêmes ne sont pas assez résistants pour que l'on puisse penser que leur relâchement permette une descente de l'organe pelvien. Seul donc l'affaissement du plancher périnéal qui, normalement, est l'élément de soutien principal, est la cause véritable du prolapsus de l'utérus.

Pour assister à l'effondrement de la sangle périnéale, il faut que certaines causes prédisposantes aient agi sur elle.

Nous savons combien les accouchements nombreux qui favorisent d'une façon générale la ptose des organes abdominaux, affaiblissent les soutiens de l'utérus.

D'autre part, le dernier temps de l'accouchement, dangereux surtout pour le périnée, peut provoquer une déchirure plus ou moins complète de cet organe puissant de soutien et produire des délabrements qui, non réparés immédiatement, conduisent à bref délai au prolapsus total.

L'âge est aussi un facteur qu'il ne faut point négliger, car il a aussi son importance. Il est commun d'observer la ptose générale que présentent beaucoup de femmes au déclin de la vie: la paroi abdominale devenant flasque ne peut plus soutenir les viscères qui, de ce fait, surchargent davantage le plancher périnéal; celui-ci affaibli lui aussi, succombe sous ce poids et ainsi le prolapsus s'établit peu à peu.

Nous ne saurions terminer notre étiologie sans mentionner le fait sur lequel a insisté avec juste raison l'éminent professeur M. Tuffier: c'est l'*insuffisance physiologique des tissus* qui fait qu'on peut observer des prolapsus utérins chez des personnes qui n'ont eu aucune des causes ci-dessus mentionnées. L'observation XI en est une preuve, c'est surtout pour ce motif et en vue de la conduite à tenir dans le cas de coexistence d'élytrocèle que nous avons tenu à la publier.

PATHOGENIE
ET
ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La connaissance du mécanisme anatomo-pathologique des déplacements utéro-vaginaux, étant la base sur laquelle se fonde l'intervention thérapeutique, nous allons étudier, d'une façon concise et brève, par quels processus se forment les prolapsus utérins.

Autrefois, on admettait pour l'utérus un double mode de fixation : des moyens de suspension et des moyens de soutien.

Les premiers ont un rôle négligeable ; en effet, les ligaments ronds et les ligaments larges ne sont pas tendus à l'état normal et maintiennent seulement l'utérus dans le plan sagittal. De même l'insuffisance du rôle joué par les ligaments utéro-sacrés peut être prouvée de la façon suivante : dès qu'on ouvre le vagin avec deux valves l'utérus descend.

Il reste donc à considérer les moyens de soutien qui sont comme nous allons le voir, les seuls capables de maintenir l'organe pelvien en bonne position.

Comme nous le savons, le périnée et surtout le muscle releveur de l'anus forme une sangle rigide qui fait opposition à la pression exercée par le diaphragme abdomino-

thoracique sur les viscères abdominaux. Mais pour s'opposer à la chute de l'utérus qui ne cherche que l'occasion de descendre, il faut une condition essentielle, c'est qu'il y ait un contact intime entre les parois vaginales antérieure et postérieure. Cette condition d'obturation vaginale étant acquise et l'utérus étant normalement en anteflexion, quand la pression abdominale s'exerce sur cet organe, elle n'a d'autre effet que de pousser la paroi antérieure du vagin contre la postérieure.

Ceci étant posé, il nous est facile de comprendre que, dans une déchirure de la fourchette, la paroi antérieure du vagin tendue, comme nous dit Bouilly, comme une voile sans soutien, porte à faux, et ne trouve plus de contre-appui solide dans la paroi postérieure; aussi cette paroi antérieure glisse et forme une cystocèle. La rectocèle se produit de la même façon.

De même pendant l'accouchement s'il se produit une déchirure du muscle releveur de l'anus qui, normalement, attire en avant la paroi postérieure du vagin, la vulve et le vagin étant agrandis, passent de la position oblique qu'ils occupaient à une position plus postérieure et verticale pour le vagin qui permet ainsi à l'utérus de s'insinuer entre ses parois.

Une insuffisance physiologique des tissus peut aussi donner lieu au mécanisme que nous venons de décrire.

Au point de vue anatomo-pathologique, il faut distinguer plusieurs formes :

- 1 *Procidence du vagin seul* qui précède l'abaissement de l'utérus et qui se trouve constituée soit par une colpocèle antérieure ordinairement suivie de cystocèle, soit par une colpocèle postérieure souvent compliquée de rectocèle, soit encore par le prolapsus des deux parois en même temps.

2° *Procidence du vagin avec abaissement de l'utérus et allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col.* — Comme le dit Bouilly, c'est le cas type le plus ordinaire du prolapsus avancé et ancien.

3° *Prolapsus du vagin et de l'utérus sans allongement hypertrophique sus-vaginal du col.*

SYMPTOMATOLOGIE

Le prolapsus aigu, véritable hernie de force qui survient chez de jeunes femmes à périnée résistant à l'occasion d'un effort est un fait excessivement rare. Nous n'aurons donc à étudier ici que les symptômes se rapportant au prolapsus résultant d'un abaissement utéro-vaginal progressif. Celui-ci se constituant d'une manière lente se trouve caractérisé par des signes fonctionnels et des signes physiques.

1° *Symptômes fonctionnels.*— Ces troubles fonctionnels peuvent se rencontrer dans toutes les variétés de grands prolapsus génitaux, qu'il s'agisse de prolapsus cysto-vaginal ou total.

Il est intéressant de faire remarquer qu'il existe une longue période de tolérance pendant laquelle la plupart des malades atteintes de grands prolapsus, supportent avec facilité leur infirmité. Il est facile de se rendre compte d'après nos observations prises au service hospitalier, c'est-à-dire concernant des femmes du peuple, que certaines d'entr'elles ont continué, malgré leur affection, à travailler pour gagner leur vie.

D'autre part, il est aussi nécessaire de dire que l'importance des troubles fonctionnels n'est pas en rapport avec le degré du prolapsus : des malades ayant un utérus en

partie en dehors de la vulve n'en souffraient pas davantage.

Quoi qu'il en soit, les troubles fonctionnels sont fréquents: ils consistent essentiellement en douleurs, troubles de la miction et gêne de la marche; ce sont les plus importants et habituellement ceux pour lesquels les malades viennent demander une consultation.

Dans la station debout, la malade éprouve une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et des tiraillements dans la région lombaire. Ces douleurs apparaissent surtout après de violents accès de toux, la station debout ou la marche prolongée.

La pollakiurie est un des troubles dominants de la miction. Les malades urinent une dizaine de fois dans la journée et encore plus fréquemment pendant la nuit; afin d'aider l'évacuation de la vessie, la malade exerce une pression sur la tuméfaction ou prend la position genu-pectorale.

La fréquence des mictions arrive rarement à l'incontinence et cette pollakiurie est peu souvent douloureuse.

La constipation n'est pas de règle, bien qu'on ait parfois l'occasion de l'observer.

Les troubles menstruels sont rares et la ménopause s'établit normalement malgré le développement du prolapsus.

Les troubles dyspeptiques et névropathiques sont généralement consécutifs à la ptose abdominale concomitante.

La marche est souvent pénible de telle sorte que la malade est souvent contrainte au repos, c'est une réelle infirmité qui fait de celle qui en est atteinte une véritable invalide.

2° *Signes physiques.* — A l'inspection, on remarque une déformation plus ou moins apparente de la vulve. On est surtout frappé de la diminution de longueur du périnée

autrement dit de la diminution de la distance comprise entre l'orifice vulvaire et l'orifice anal.

La femme étant placée en position gynécologique, on la prie de bien vouloir tousser ou pousser; on aperçoit alors la paroi du vagin, l'antérieure surtout, apparaître à travers l'orifice vulvaire et faire saillie en une tumeur molle qui rentre dès que l'effort a cessé.

Dans le cas de prolapsus total, on voit hors de la vulve une tumeur ovoïde de la grosseur du poing dont la surface est constituée par le vagin retourné.

Au *toucher*, quand l'utérus se trouve encore dans le vagin, le doigt constate que le col est plus ou moins rapproché de la vulve.

Quand l'utérus prolabe au dehors, il est très important de savoir si la vessie ou le rectum ont été eux aussi entraînés. Il y a *cystocèle* lorsqu'une sonde introduite dans la vessie est sentie sous la paroi vaginale antérieure. Il y a *rectocèle* quand par le toucher rectal le doigt poussé vers la paroi antérieure du rectum vient bomber en arrière de l'utérus.

TECHNIQUE OPERATOIRE

A. — SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

On ne saurait trop s'entourer de toutes les garanties possibles. Comme dans toute intervention grave, on doit s'astreindre à certaines règles qui, bien suivies, préparent pour une large part le succès de l'opération.

Toute malade atteinte de prolapsus ne sera opérée s'il n'y a pas urgence, que plusieurs jours après son entrée à l'hôpital. Ce sont, pour la plupart des femmes du peuple qui ont travaillé pour gagner leur vie jusqu'au dernier moment et qui se trouvent de ce fait dans un état de faiblesse telle qu'il n'est pas possible de penser à leur faire subir une intervention immédiate.

Done l'indication majeure que devra remplir le chirurgien sera de soumettre ces infirmes au repos absolu et de leur donner une bonne alimentation. Le repos au lit est particulièrement favorable à la réduction et à la décongestion des organes intéressés. Un pansement vaginal pourra même dans certains cas compléter cette réduction.

On veillera spécialement au bon fonctionnement de l'appareil digestif. Il sera donné chaque jour un lavement glycérimé pour assurer la bonne régularité des selles.

Matin et soir, la malade prendra une injection vaginale de propreté avec une solution faible d'eau oxygénée ou de permanganate.

Elle sera purgée la veille avec un verre d'eau de Sedlitz et constipée le matin de l'opération en lui faisant prendre deux pilules contenant chacune 3 centigrammes d'extrait thébaïque.

Au moment de l'intervention, la femme est amenée rasée. Elle est endormie par le procédé d'anesthésie à l'éther goutte à goutte. Le champ opératoire est préparé avec une propreté et une asepsie rigoureuses. A ce moment, le tout étant prêt pour l'opération, notre Maître a l'habitude d'extérioriser complètement le prolapsus par de fortes tractions exercées sur le col à l'aide de deux pinces de Museux posées l'une sur la lèvre antérieure, l'autre sur la lèvre postérieure; ces pinces sont tenues de la main gauche, tandis que la main droite munie d'une compresse de gaze montée sur pince et imbibée d'alcool à 60° frotte avec énergie les faces antérieure, postérieure et latérales de la masse extériorisée.

Ce nettoyage est immédiatement suivi de celui des culs-de-sac vaginaux: l'utérus étant successivement abaissé, soulevé, porté à droite puis à gauche, les culs-de-sac antérieur, postérieur et latéraux sont aseptisés par les mêmes procédés que les faces.

Enfin, un petit écouvillon, monté sur tige et imbibé de teinture d'iode est introduit dans la cavité utérine et retiré alternativement deux ou trois fois.

La conduite que nous venons de tracer est celle habituellement suivie par M. le professeur de Rouville avant l'intervention.

B. — TECHNIQUE DE L'OPÉRATION DE BOUILLY

La technique que nous allons décrire ci-dessous a été prise dans ses grandes lignes dans un article remarqua-

ble que MM. Lenormant et Petit-Dutaillis ont publié, le 15 avril 1914, dans le *Journal de Chirurgie*.

Premier temps. — Sur la lèvre antérieure du col est placée une pince de Museux qui a pour but d'attirer celui-ci hors de la vulve. On arrive ainsi à déplier et à étaler la paroi vaginale antérieure.

Sur cette paroi antérieure, on place quatre pinces qui repèrent les angles du lambeau que l'on doit réséquer, le tracé de ce lambeau serait représenté géométriquement par un rectangle dont les quatre pinces occuperaient respectivement les quatre sommets. Les deux pinces inférieures qui délimitent le bord inférieur sont placées sur le col lui-même au ras de l'insertion du vagin, sur les bords latéraux de ce col; les pinces supérieures qui délimitent le bord supérieur du rectangle sont placées à un travers de doigt du méat urinaire.

La paroi vaginale antérieure étant tendue par ces quatre pinces, on trace, avec la pointe du bistouri, une première incision transversale, qui passant au dessous des pinces inférieures cernent la demi circonférence antérieure du col au niveau de l'insertion vaginale; puis, on fait deux incisions verticales qui partent des extrémités de la première et qui remontent en suivant les bords latéraux de la paroi vaginale antérieure jusqu'aux pinces supérieures. On a ainsi délimité un vaste lambeau rectangulaire qui comprend presque entièrement la paroi antérieure du vagin.

Il s'agit ensuite de séparer ce lambeau de la face antérieure du col utérin. On commence par amorcer la dissection aux ciseaux en débutant par la partie inférieure; bientôt on arrive dans le plan de clivage inter-utéro-vésical et au moyen d'une compresse, on achève le décollement sans hémorragie.

La dissection achevée, le col est dénudé jusqu'à l'isthme et le lambeau ne tenant plus que par sa base, peut être soulevé. On aperçoit alors à sa face profonde la vessie adhérente qui forme une légère tumeur molle.

Deuxième temps. — Ce temps consiste dans la séparation de la vessie de la face profonde du lambeau. Le décollement se fait par de petits coups de ciseaux en rasant avec soin la paroi vaginale (il faut avoir dans cette manœuvre une attention soutenue afin de ne point blesser la vessie). Une légère compression jugulera facilement l'hémorragie en nappe si elle se produit. Une fois la vessie complètement libérée, on la refoule dans la profondeur, en la maintenant avec des compresses pour éviter sa chute. Puis on sectionne le lambeau vaginal à sa base au-dessous des deux pinces supérieures.

Troisième temps. — Consiste à faire l'hémostase préventive des branches cervicales de l'utérine. Bouilly liait ces artériolés au fur et à mesure de leur section en procédant à l'amputation du col. Mais, outre que ces ligatures étaient parfois malaisées, son champ opératoire se trouvait ainsi obscurci par le sang.

Lenormant et Petit-Dutaillis conseillent de les lier en masse avant leur épanouissement et de ne procéder qu'ensuite à l'amputation cervicale sur un champ nettement préparé.

M. le professeur de Rouville emploie, pour la ligature de ces artères, une technique un peu spéciale qui présente une plus grande sécurité et que nous décrirons un peu plus loin dans les modifications apportées à la technique de Bouilly.

Quatrième temps. — Le col est fendu par des coups de ciseaux le long de ses bords latéraux dans toute sa hauteur, il se trouve ainsi divisé en deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure; la valve antérieure est séparée par une section transversale au niveau de l'isthme.

La vessie ayant été refoulée dans la profondeur, on applique la tranche vaginale antérieure sur le moignon du col, de façon à suturer bien exactement la muqueuse vaginale à la muqueuse utérine.

L'aiguille courbe charge d'une part la tranche vaginale sur toute son épaisseur et d'autre part la moitié ou les deux tiers internes de la tranche cervicale. Bouilly et Lœwy recommandent de faire un surjet. On peut aussi appliquer des points de repère assez rapprochés les uns des autres. L'essentiel est de bien affronter muqueuse à muqueuse et pour cela se conformer à la règle dictée par Bouilly lui-même: « Il faut saisir au fur et à mesure que l'on coud, la muqueuse vaginale à l'aide d'une pince à griffe qui, non seulement l'applique sur la surface de la section utérine, mais la refoule vers la cavité utérine comme si on voulait l'y faire pénétrer ».

Les fils de suture sont conservés longs pour servir de moyen de traction sur le col dans les temps suivants.

Cinquième temps. — La moitié postérieure du col est saisie par une pince et fortement relevée pendant qu'une valve déprime le périnée.

Sur les parties latérales du col, on retrouve les extrémités de l'incision antérieure et on les réunit l'une à l'autre par une incision transversale passant au niveau de l'insertion du vagin sur le col; avec les ciseaux rasant le tissu utérin on dénude la face postérieure du col, on arrive ainsi sur le cul-de-sac péritonéal rétro-utérin, il faut essayer de le reconnaître et de le ménager.

On ne fait pas ici comme en avant la résection de la paroi vaginale. Celle-ci sera assurée par la colpo-périnéorraphie qui terminera l'opération.

Sixième temps. — Lorsque la valve postérieure du col est dénudée jusqu'à l'isthme, c'est-à-dire au même niveau que la valve antérieure, on détache cette valve postérieure d'un coup de ciseau transversal. L'amputation sus-vaginale du col est alors achevée.

Il ne reste plus qu'à suturer la tranche vaginale postérieure à la demi circonférence postérieure du moignon cervical: comme en avant, il faut avoir soin d'affronter muqueuse à muqueuse. On complète la fermeture par quelques points de suture posés sur les bords latéraux du col pour bien affronter les lèvres.

Septième temps. — L'utérus est refoulé en haut par des compresses, la paroi vaginale exubérante est étalée par quatre pinces et rétrécie par l'un quelconque des procédés classiques de colpo-périnéorraphie postérieure soit par la méthode de dédoublement (procédé de Doléris), soit par la méthode de l'avivement (procédé de Hegar); c'est à cette dernière que Bouilly et Læwy donnaient la préférence.

C. — MODIFICATIONS APPORTÉES A LA MÉTHODE DE BOUILLY
PAR M. LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

a) En ce qui concerne la ligature des branches cervicales de l'artère utérine, notre Maître emploie une technique particulière qui est aussi un moyen précieux de sécurité.

Au troisième temps de l'opération, il pratique l'hémotase préventive de la façon suivante: une pince est mise

sur les artères cervicales en amont du point où elles s'épanouissent en bouquet. Ensuite il fait *deux* ligatures sur chacune d'elles : une première ligature au bout de la pince ; pour pratiquer la seconde, il traverse avec une aiguille courbe la partie latérale de l'isthme au-dessus de l'endroit où il doit faire sa ligne d'incision pour l'amputation. Cette aiguille courbe étant chargée d'un catgut est retirée d'un coup sec puis les deux extrémités du fil sont liées en dehors et en dessous et on écrase ainsi l'artère sur le futur moignon.

Grâce à ce procédé de ligature, M. le professeur de Rouville n'a jamais eu le moindre ennui au sujet de l'hémotase contrairement à d'autres chirurgiens et à Bouilly lui-même.

b) Nous connaissons le danger que présente l'ouverture du Douglas pendant l'opération et nous savons combien le pronostic change dès que ce cul-de-sac est ouvert. La modification apportée par notre maître vise un procédé très simple évitant l'ouverture du Douglas, surtout dans les cas où celle-ci paraît inévitable.

Ce procédé consiste à *fermer le Douglas avant de l'ouvrir*. Pour cela on procède de la façon suivante : avant d'amputer la valve utérine postérieure, on traverse son épaisseur, à un niveau situé à un centimètre environ au-dessus du point où doit porter l'amputation, par une aiguille qui est retirée chargée d'un fil de catgut. Ceci fait, il ne reste plus qu'à serrer ce fil qui ferme le Douglas contre l'utérus, après s'être bien assuré toutefois de l'absence de l'intestin à ce niveau.

Telle est la modification qui, très simple au point de vue opératoire, est très importante au point de vue du pronostic.

Elle est indiquée surtout dans les cas suivants :

1° Quand il y a des adhérences du Douglas, telles que le décollement est impossible.

2° Lorsqu'il y a impossibilité d'appliquer le procédé de fermeture en bourse.

D. — SOINS POST-OPÉRATOIRES

Lorsque l'intervention est terminée, on procède au double pansement vaginal et périnéal. Deux ou trois tampons imbibés d'eau oxygénée sont introduits dans le vagin, puis un tampon sec.

Un pansement sec est appliqué sur le périnée. Une sonde de Petzer est mise à demeure, on s'assure de son bon fonctionnement, de cette façon, on peut se rendre compte par la couleur de l'urine déversée si la vessie a été lésée.

Le lendemain, et pendant douze jours consécutifs, on constipe la malade en lui administrant journellement une pilule d'extrait thébaïque à la dose de 3 centigrammes. On la purge seulement le matin du treizième jour en lui faisant absorber un verre et demi d'eau de Sedlitz.

Quarante-huit heures après l'opération, les tampons vaginaux sont enlevés, à partir de ce moment on donne chaque jour une simple injection d'eau bouillie ou additionnée d'une faible solution de permanganate.

La sonde à demeure et les crins de Florence ne sont enlevés que le huitième jour.

Le jour de l'intervention, la malade sera mise à la diète hydrique, seul un peu de champagne pris en petite quantité pourra être permis. Les jours suivants on reviendra progressivement au régime normal, sauf contre-indication.

Le séjour au lit devra se prolonger jusqu'au vingt et unième jour.

Lorsque la malade quitte le service, il est nécessaire de lui donner des conseils relativement à son hygiène locale et générale : on doit lui recommander notamment de supprimer tout rapport sexuel pendant un mois afin de ne point compromettre le succès de l'opération.

OBSERVATIONS

Les observations que nous avons l'honneur de présenter, concernent des malades que nous avons pu suivre durant tout leur séjour au service. Elles sont par conséquent inédites.

M. le professeur De Rouville a bien voulu nous permettre de les publier; nous tenons à le remercier ici encore une fois bien sincèrement.

Un certain nombre de malades nous ayant fait parvenir quelques renseignements concernant leur état de santé actuel, nous reproduirons donc des extraits de chaque lettre, immédiatement après l'observation respective.

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville

Mme C..., 41 ans, entre à l'Hôpital Suburbain (pavillon de gynécologie), le 7 juin 1920.

Antécédents personnels. — Instauration menstruelle à 13 ans, règles régulières durant six à sept jours, assez abondantes, pas de dysménorrhée, un peu de leucorrhée anémique. Pleurésie sèche il y a quatre à cinq ans.

La malade eut six grossesses dont cinq à terme et un avortement à quatre mois environ.

Les trois premiers accouchements se sont bien passés. Au quatrième, on dut pratiquer une version (présentation de l'épaule probable).

Le cinquième accouchement eut lieu sous anesthésie.

Les trois premiers enfants se portent bien, les deux derniers sont morts pendant l'accouchement.

Début. — Prolapsus utérin dont le début date de quatre ans et qui est devenu progressivement total. Douleurs lombo-abdominales, pesanteur périnéale, mictions légèrement douloureuses et fréquentes dans la journée.

Constipation de temps en temps.

Sujette aux refroidissements, elle ne tousse pas d'habitude, elle crache surtout le matin et le soir.

Examen. — Utérus en prolapsus total. Il sort presque complètement par les efforts que l'on ordonne à la malade de faire.

Il existe aussi une cystocèle.

Intervention. — A lieu le 22 juin 1920 sous anesthésie, éther goutte à goutte.

Opération de Bouilly avec suture des releveurs.

Le lendemain, la malade présente de la dyspnée, le ventre est ballonné et douloureux. Pouls: 120. A l'auscultation, on reconnaît les signes d'une broncho-pneumonie.

Elle meurt le surlendemain de l'opération.

OBSERVATION II

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville

Mme M. G..., 60 ans, entre dans le service de gynécologie le 10 mai 1920.

Antécédents personnels. — Instauration menstruelle à

15 ans. Règles régulières, durant trois à quatre jours, moyennement abondantes; pas de dysménorrhée, pas de leucorrhée.

N'a jamais été malade.

Deux grossesses à terme, tous les accouchements furent normaux. Un enfant se trouve actuellement au sanatorium de Bon-Accueil; l'autre se porte bien.

Pas de fausse couche; ménopause à 48 ans.

Début. — Depuis son premier accouchement, il y a vingt-trois ans, la malade a remarqué un début de prolapsus qui est devenu progressivement total. Sensation de pesanteur et de tiraillements lombaires. Miction normale, parfois difficile.

Bon appétit, pas de constipation.

Elle ne tousse pas, elle ne crache pas.

Examen. — Prolapsus utérin total. Lèvre postérieure du col ulcérée. Cystocèle accentuée, la vessie descend jusqu'à un centimètre et demi environ de l'extrémité du col. Pas de rectocèle.

Intervention. — A-lieu le 22 mai 1920 sous anesthésie à l'éther goutte à goutte.

Opération de Bouilly. Le cul-de-sac de Douglas a été ouvert et refermé immédiatement après cautérisation à la teinture d'iode.

Suture postérieure des releveurs.

Suites opératoires. — Parfaites.

La malade part bien portante.

A la date du 23 avril 1921, la malade nous renseignait sur son état de santé de la façon suivante:

« Je m'empresse de répondre à votre lettre du 20 courant dans laquelle M. le professeur De Rouville demande des nouvelles de mon état de santé. Je suis très touchée de

l'intérêt que vous avez pour moi et vous en remercie très sincèrement.

» Quant à l'opération que j'ai subie il y a bientôt un an, je vous dirai que j'en suis très contente, car je me porte à merveille et ne ressens aucune douleur au ventre. Je marche au contraire avec agilité et suis bien plus dégourdie et lesté qu'avant mon opération.

» En un mot ma guérison est complète et suis enchantée du succès de mon opération, aussi je garde un doux souvenir de vous tous.

» Avec tous mes remerciements, recevez, etc... »

Le résultat opératoire est donc très bon.

OBSERVATION III

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville

Mme M..., 44 ans; entrée à l'Hôpital le 26 avril 1920.

Antécédents personnels. — Les règles apparaissent pour la première fois à 14 ans, elles sont régulières, assez abondantes pendant quatre à cinq jours. Pas de dysménorrhée, pas de pertes blanches.

Fièvre paludéenne à 18 ans; fluxion de poitrine à 27 ans.

Quatre grossesses, accouchements normaux. Les enfants se portent bien.

Début. — Il y a dix-sept ans environ que la malade s'est aperçue que sa matrice commençait à descendre, elle sortait alors de 2 centimètres environ en avant de la vulve: cependant la malade continue son travail fatigant. Le prolapsus devient progressivement total.

Pas de douleurs abdominales ni lombaires. Sensation de pesanteur à l'anüs.

Constipation; miction douloureuse depuis quelques temps seulement.

Examen. — L'utérus est gros et sort tout entier. Cystocèle, pas de rectocèle.

Intervention. — A lieu le 8 mai 1920 sous anesthésie à l'éther goutte à goutte.

Opération de Bouilly. A signaler que la vessie descendait très bas jusqu'à 2 centimètres environ de l'extrémité du col. Suture postérieure des releveurs.

Suites opératoires. — Parfaites.

La malade sort le 31 mai en parfaite santé (cicatrisation parfaite).

Elle nous écrit à la date du 28 avril 1921 :

« ...Je dois vous répondre en toute sincérité que si j'ai un regret c'est de ne pas avoir été me faire soigner plus tôt, car je suis complètement guérie et ne suis pas du tout souffrante; cependant, depuis ma sortie de l'hôpital je ne me suis pas du tout soignée ayant fort à faire à soigner mon enfant. Je suis satisfaite de mon opération. Merci à M. de Rouville de s'occuper de moi et vous pouvez lui dire que je suis complètement guérie... ».

OBSERVATION IV

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville

Mme L. F..., 55 ans, entre au service gynécologique, le 13 mars 1920.

Antécédents personnels. — La malade a été réglée à 15 ans normalement, elle se marie à 19 ans; elle a eu deux grossesses: un enfant vivant, l'autre mort au bout d'un mois.

Bronchite à l'âge de 47 ans; ménopause à 50 ans.

Début. — Il y a cinq ans, au moment de la ménopause, la malade s'est aperçue que sa matrice descendait souvent, surtout après le travail.

Pas de douleurs, quelques sensations de pesanteur; au début, le prolapsus arrivait seulement à la vulve, mais depuis sept à huit mois, à la suite de grosses fatigues, le prolapsus devient total. Toujours pas de douleurs, pas de leucorrhée.

Rien à signaler aux autres appareils.

Examen. — Ventre souple, un peu ptosique. A l'examen de la vulve, on aperçoit dans le décubitus horizontal du colpocèle antérieure; en dessous le col avec un petit polype bien pédiculé.

Pas de rectocèle.

Toucher. — On constate un effondrement du périnée; la distance ano-vulvaire est de un centimètre et demi. Si on attire le col par une pince, le prolapsus devient total.

Intervention. — A lieu le 22 mars.

Amputation du col par la méthode de Bouilly. Myorraphie des releveurs.

Mèche iodée vaginale puis retirée et remplacée par tampons à l'eau oxygénée.

La malade quitte le service avec un utérus bien soutenu et un périnée solide.

A la date du 20 avril 1921, celle-ci nous adresse les quelques renseignements suivants:

« Je fais réponse à votre aimable lettre qui m'a fait bien plaisir de voir que vous vous occupiez bien de vos malades.

» Je vous dirai que sur les questions que vous me demandez, je n'ai qu'à vous répondre que tout va bien. Je n'ai plus rien ressenti depuis que j'ai été opérée; j'en suis très contente.

» Il ne me reste plus, Monsieur, qu'à vous remercier des bons soins que vous m'avez prodigués, etc. ».

OBSERVATION V -

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville

Mme C..., 45 ans, entre, le 26 octobre 1918, à la Clinique privée pour descente de matrice.

Antécédents personnels. — Instauration menstruelle à 16 ans; règles régulières, durant trois ou quatre jours et moyennement abondantes. Pas de dysménorrhée, ni de pertes blanches.

La malade a eu une gastrite il y a quatre ans et une fièvre typhoïde il y a vingt-cinq ans.

Deux grossesses à terme terminées par des accouchements normaux, pas d'application de forceps.

Suites de couches bonnes, enfants bien portants.

Début. — Il y a un mois et demi, la malade s'est aperçue que sa matrice apparaissait à la vulve. Le prolapsus devient progressivement total. Il est accompagné par des tiraillements du côté du périnée et de la région lombaire. Gêne à la marche. Dysurie pendant la journée. Constipation.

Examen. — Déchirure incomplète du périnée. Prolapsus total. Au toucher, rien à signaler du côté des annexes. Rien aux autres appareils.

Intervention. — Le 28 octobre 1919, sous anesthésie à l'éther goutte à goutte.

Opération de Bouilly, périnéorrhaphie par suture des releveurs de l'anüs.

Sonde vésicale à demeure. Pansement sec.

Suites opératoires excellentes; la malade quitte la clinique le 15 novembre 1919, en très bon état de santé.

La malade nous écrit le 3 mai 1921 :

« ...Je suis guérie et je suis heureuse qu'après avoir été opérée, je puisse de nouveau assurer les soins de mon ménage... ».

OBSERVATION VI

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville

Mme A..., 42 ans, est entrée, le 24 janvier 1920, à la clinique privée de M. le professeur de Rouville.

Antécédents personnels. — Instauration menstruelle à 14 ans, règles régulières, assez abondantes, durant deux jours, pas de dysménorrhée, jamais de leucorrhée.

Deux grossesses à terme.

Le premier accouchement fut un peu laborieux et eût comme conséquence une déchirure du périnée.

Le deuxième accouchement se fit dans de bonnes conditions.

Les suites de couches furent excellentes.

Les deux enfants se portent bien.

Début. — Neuf ans après son premier accouchement, début de prolapsus utérin qui est devenu progressivement total, s'accompagnant de légères douleurs lombaires, sans aucun trouble dans la miction ni dans la défécation.

Examen. — A l'inspection, on voit que l'utérus est presque tout entier à la vulve. On distingue nettement en avant la saillie formée par la vessie constituant une cystocèle. Pas de rectocèle.

On se trouve en présence d'une déchirure incomplète du périnée.

La palpation confirme la cystocèle et l'absence de rectocèle.

La mensuration nous montre que le prolapsus a une longueur de 8 centimètres.

Au toucher, rien à signaler du côté des annexes.

Rien aux autres appareils.

Intervention. — Le 28 janvier 1920, sous anesthésie à l'éther goutte à goutte; l'opération de Bouilly est suivie de périnéorraphie par suture des releveurs de l'anus.

Sonde vésicale à demeure, pansement sec.

Suites opératoires bonnes.

La malade quitte le 17 février 1920 la clinique en très bon état de santé.

Le 25 avril 1921, la malade nous fait parvenir les nouvelles suivantes:

« Je suis très heureuse d'avoir été opérée, je ne souffre pas du ventre, ma matrice n'est pas descendue, je ne suis qu'un peu gênée pour marcher, voilà la seule chose. Bien souvent je fais l'éloge de M. De Rouville.

» Vous voudrez bien, etc... ».

OBSERVATION VII

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville

Mme A..., 39 ans, entre, le 11 mars 1920, à la clinique privée de M. le professeur De Rouville.

Antécédents personnels. — Instauration menstruelle à 14 ans. Règles régulières un peu abondantes et durant huit jours, d'où anémie consécutive.

Dysménorrhée ovarienne et utérine. La malade n'a jamais eu de pertes blanches.

Quatre grossesses dont deux à terme et deux avortements.

La première grossesse donna lieu à un avortement à 2 mois et demi, à la suite duquel la malade perdit abondam-

ment en rouge pendant un mois et dut s'aliter.

La deuxième grossesse se termine par un avortement de deux mois.

Troisième grossesse: accouchement difficile, application de forceps, déchirure périnéale consécutive.

L'enfant se porte bien.

Quatrième grossesse: accouchement normal; l'enfant meurt à 4 ans à la suite de complication de rougeole.

Début. — Après son troisième accouchement, la malade s'aperçoit que la matrice descend. Cette descente s'accroît progressivement, s'accompagnant de douleurs lombéo-abdominales intermittentes, de sensations de tiraillement avec irradiations aux cuisses et aux genoux. Sensation de pesanteur à l'anus et au niveau de la vulve.

Pollakiurie; légère dysurie, anorexie depuis quelques temps; constipation.

Examen. — A l'inspection, la malade étant dans le décubitus dorsal, on constate une déchirure incomplète du périnée, la vulve est béante. A travers elle on aperçoit le col utérin largement ouvert avec sa lèvre postérieure hypertrophiée en son milieu. Il s'agit d'une hypertrophie polypoïde de la lèvre postérieure du col. Ce petit polype est du volume d'une cerise aplatie dans le sens de la lèvre postérieure. Il a la même consistance que la lèvre, mais de couleur plus foncée qu'elle, rouge bleuâtre.

Au toucher, rien à signaler du côté des annexes.

Intervention. — A lieu le 15 mars 1920, sous anesthésie à l'éther goutte à goutte. Opération de Bouilly suivie de périnéorrhaphie avec suture des releveurs de l'anus. Sonde vésicale à demeure. Pansement sec.

Suites opératoires, parfaites.

La malade quitte la clinique en parfaite santé.

A la date du 26 avril 1921, la malade nous renseignait sur son état de santé de la façon suivante :

« Depuis l'opération je vais très bien. La matrice ne descend plus. Je marche assez bien mais pas comme il le faudrait car, dans le courant du mois, je souffre du bas ventre, tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche. Je ne vais bien que lorsque j'ai mes règles. Une fois qu'elles sont passées, la souffrance recommence. Je fais le travail de la maison. Il y a des périodes pendant lesquelles je ne digère pas et pendant lesquelles je suis très constipée. Il y a des jours où je souffre de l'anus ; je ne peux pas rester assise. En ce qui concerne ma matrice, c'est fini, je n'ai plus de pesanteur, mais le restant laisse à désirer.

» Veuillez, etc... ».

Les troubles dont se plaint actuellement la malade doivent être attribués à une annexite probable.

OBSERVATION VIII

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville

Mme B..., 52 ans, entre à la clinique le 26 avril pour chute de matrice.

Antécédents personnels. — Instauration menstruelle à 16 ans. Règles régulières pendant trois à quatre jours, peu abondantes ; pas de dysménorrhée, pas de leucorrhée.

Six grossesses, dont cinq à terme.

Le premier accouchement, difficile, a nécessité une application de forceps.

Une fausse couche de quatre mois.

Les autres accouchements se sont passés dans de bonnes conditions. A signaler seulement que la troisième grossesse a donné naissance à deux jumeaux.

Deux enfants sont morts de scarlatine.

Début. — La malade s'aperçoit, en juin 1919, que sa matrice apparaît à la vulve. Formation d'un prolapsus incomplet qui devient progressivement total s'accompagnant de légers tiraillements. Le prolapsus se réduit dans la position assise et couchée et se reproduit dans la station debout.

Pas de pollakiurie, pas de dysurie, pas de constipation. Aucune modification dans la menstruation.

Examen. — A l'inspection, l'utérus sort de 3 centimètres environ lorsque la malade est couchée; le col présente le reliquat d'ulcérations anciennes. Dans la station debout, le prolapsus devient total, atteignant une longueur de 9 centimètres environ.

Cystocèle, pas de rectocèle. Au toucher, rien à signaler du côté des annexes.

Intervention. — Le 28 avril 1920 sous anesthésie à l'éther goutte à goutte. Opération de Bouilly avec suture des relèyeurs de l'anus.

Au cours de cette intervention nous avons à signaler une particularité dans la technique opératoire due à notre Maître, M. le professeur de Rouville pour le détail de laquelle nous prions de bien vouloir se rapporter au chapitre « Technique opératoire ».

Sonde à demeure; pansement sec.

Suites opératoires, très bonnes. La malade quitte la clinique en très bonne santé.

Le 27 avril 1921, la malade nous communique des renseignements concernant son état de santé:

« Vous pouvez croire que je suis très satisfaite depuis que je suis opérée, je ne souffre d'aucune chose et malgré mes 54 ans, je fais mon travail sans aucune gêne.

» Je termine ma lettre en vous remerciant, etc... ».

OBSERVATION IX

(Inédite)

Dûe à l'obligeance de M. le professeur de Rouville

Mme G..., 49 ans, entre, le 13 octobre 1919, dans le service de M. le professeur de Rouville.

Antécédents personnels. — Instauration menstruelle à 13 ans, règles irrégulières durant trois jours, assez abondantes, dysménorrhée utérine obligeant la malade à se coucher. Fièvre typhoïde à 8 ans, grippe en 1918.

Quatorze grossesses dont neuf à terme.

Deux accouchements de sept mois, les enfants meurent huit jours après.

Deux avortements de trois mois.

Au quatrième accouchement, enfant très gros, la malade est déchirée: déchirure, matières fécales sortant par le vagin (fistule recto-vaginale).

La malade entre en 1912 au service de M. le professeur de Rouville qui procède à la fermeture de la fistule recto-vaginale et à une colpopérinéorraphie (procédé différent de la suture des releveurs).

Un an et demi après cette opération, la malade devient enceinte et, pendant l'accouchement, elle est de nouveau déchirée.

Examen. — Actuellement, la malade présente une déchirure périnéale complète le sphincter de l'anus n'existe pas dans sa moitié antérieure, mais on trouve à sa place une lame fibreuse cicatricielle, le sphincter anal existe dans sa moitié postérieure.

Prolapsus utérin total, utérus gros avec lèvres hypertrophiées et en ectopion.

Légère cystocèle, pas de rétocèle.

Rien à signaler aux autres appareils.

Intervention. — Le 28 octobre 1919, sous anesthésie à l'éther goutte à goutte.

Opération de Bouilly, périnéorrhaphie par suture des releveurs de l'anus.

Suites opératoires très bonnes.

La malade quitte le service le 22 novembre 1919 avec une cicatrisation parfaite.

OBSERVATION X

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville

Mme A., âgée de 31 ans, entre, le 4 octobre 1919, pour descente de matrice dans le service de gynécologie.

Antécédents personnels. — Instauration menstruelle à 13 ans, règles régulières, abondantes, durant trois à quatre jours, pas de dysménorrhée, pas de leucorrhée.

Quatre grossesses à terme: accouchements normaux; trois enfants se portent bien, l'un est mort de méningite à 10 ans.

Début. — A la suite de son deuxième accouchement, pourtant facile, il y a neuf ans, sa matrice a commencé à descendre sans sortir hors de la vulve.

Après son troisième accouchement, il y a sept ans, la matrice descendait davantage et le prolapsus est devenu progressivement total après son quatrième accouchement. Il est accompagné par des tiraillements lombo-abdominaux et de légères douleurs concomitantes.

Leucorrhée ayant apparu après son dernier accouchement. Constipation. Rien à signaler aux autres appareils.

Examen. — A l'inspection, l'utérus est tout entier à la vulve et a une longueur de 10 centimètres environ; l'orifice cervical est légèrement ouvert et ulcéré.

Cystocèle, pas de rectocèle.

Déchirure incomplète du périnée.

Intervention. — Le 9 octobre 1919 sous anesthésie à l'éther goutte à goutte. Opération de Bouilly, périnéorraphie par suture des releveurs. Sonde vésicale à demeure, pansement sec.

Suites opératoires très bonnes. La malade quitte le service le 30 octobre 1919 en bonne santé.

OBSERVATION XI

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville.

Elytrocèle avec allongement hypertrophique du col et léger-prolapsus dû à une insuffisance physiologique des tissus.

Mme veuve L..., 59 ans, entre, à la clinique privée de M. le professeur de Rouville, le 30 avril 1919, pour descente de matrice.

Antécédents personnels. — Règles régulières, non douloureuses, moyennement abondantes, durant quatre à cinq jours, quelques pertes blanches jusqu'à sa ménopause qui a eu lieu à 50 ans.

Pas d'enfant, pas de grossesse, pas d'avortement.

Début. — Il y a dix ans, après un effort pour soulever un vase lourd, la malade sent une douleur dans le petit bassin et constate que sa matrice est descendue au niveau de la vulve. Le docteur appelé arrive quelques heures après, mais ne constate rien, tous les phénomènes s'étant dissipés, la malade ne souffre déjà plus. Depuis, pas de douleurs, mais la malade a l'impression que la matrice descend de plus en plus arrivant parfois à effleurer la

vulve. Ceci se passe dans la journée, la nuit l'utérus remonte.

Examen. — Nombreuses varicosités des membres inférieurs. Bon état général, embonpoint. Rien aux autres appareils. Le périnée n'est pas déchiré, pas de varices vulvaires.

La femme étant couchée en position gynécologique, on n'aperçoit pas le col utérin. En tirant avec une pince à utérus le col apparaît à la vulve la dépassant de 5 centimètres : c'est un col de nullipare long et pointu. Les culs-de-sac antérieur et postérieur, sont sentis à 7 centimètres environ de l'orifice cervical. Périnée solide et résistant.

Il n'y a ni rectocèle, ni cystocèle ; mais l'utérus étant abaissé par une pince, on perçoit à la toux la formation d'une tumeur plaquée contre la face postérieure de cet organe et arrivant à 3 centimètres de l'extrémité inférieure du col ; cette tumeur est arrondie, sessile, de la grosseur d'une noix et parfaitement réductible avec le doigt.

Toucher. — L'utérus est petit, parfaitement mobile et légèrement dévié à gauche. En arrière et à droite de lui on sent une masse de la grosseur d'une orange, arrondie, à surface régulière et de consistance assez rénitente. Cette tumeur est indépendante de l'utérus qu'on peut mobiliser au devant d'elle avec facilité.

Pas d'ascite, rien dans le Douglas, rien aux annexes, pas de troubles menstruels, pas de troubles urinaires.

Intervention. — Le 5 mai 1919, sous anesthésie à l'éther goutte à goutte.

On met une pince sur la partie supérieure du col (il n'y a pas de lèvres, la femme étant nullipare). L'introduction de l'hystéromètre est impossible tellement l'orifice cervical est petit ; deux incisions latérales du col aux ciseaux, permettent d'introduire l'hystéromètre et de mesurer la

cavité utérine qui a 65 millimètres. Incision circulaire du vagin à 2 centimètres environ de l'extrémité antérieure du col. On sépare les vagins antérieur et postérieur. En séparant le vagin postérieur de l'utérus, on prend soin de ne pas ouvrir le cul-de-sac de Douglas. En décollant le vagin antérieur de l'utérus, on rencontre trois grosses veines variqueuses qu'on pince et qu'on lie ensuite. Puis, sans ouvrir le Douglas, après avoir refoulé l'intestin qui tend à venir le remplir, on passe un fil avec l'aiguille et on noue le sac de la hernie à son collet.

On fait une section conoïde de chaque lèvre du col à 4 centimètres de l'extrémité inférieure de l'utérus et on suture la section de chaque lèvre avec deux fils de catgut. Enfin, on suture le lambeau antérieur et postérieur du vagin avec la partie correspondante du col utérin. En arrière seulement entre la lèvre postérieure du col et le lambeau postérieur du vagin, on laisse un petit espace dans lequel on introduit une petite mèche imbibée de teinture d'iode dédoublée.

Pas de suture des releveurs. Attouchement du vagin à la teinture d'iode dédoublée, puis tampons vaginaux à l'eau oxygénée. Sonde à demeure. Pansement vulvaire.

Suites opératoires. — Très bonnes. Le 8 mai, on enlève les tampons.

La malade quitte la clinique en très bon état de santé.

Tout dernièrement nous avons eu verbalement d'excellentes nouvelles.

OBSERVATION XII

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville

Mme L..., habitant Montpellier, a été opérée en mai 1920.

La malade a eu huit enfants et présentait au moment de l'examen de M. de Rouville, un prolapsus utéro-vaginal complet. Elle avait subi deux ans auparavant, une simple périnéorraphie de façade, qui n'avait produit aucun résultat. L'opération de Bouilly modifiée, suivie d'une périnéorraphie avec suture des releveurs, fut pratiquée.

Au troisième jour de l'opération, la malade a été prise d'une hémorragie assez abondante qui a duré deux jours. Il s'agissait certainement de l'apparition prématurée de ses règles. Les sutures n'ont en rien été compromises par cet incident.

La malade a été revue ces jours derniers, et malgré une vie d'une très grande activité, sa statique pelvienne est parfaite.

Voici encore quelques lettres que nous ont adressé, il y a quelques temps, des malades ayant subi l'opération de Bouilly, et dont nous ne possédons pas les observations.

1° L'une d'elles nous écrit, le 14 février 1920: « Au sujet de mon opération, je ne me plains pas trop, mes règles sont irrégulières, à part cela tout va bien; la matrice est très bien soutenue, je n'ai aucune douleur... ».

2° En voici une deuxième qui nous dit dans sa lettre du 4 février 1920: « Depuis mon opération, je vais bien et n'ai aucune douleur de ventre, je ne souffre nullement ».

3° Cette autre est aussi très contente de son opération: « Je suis très satisfaite d'avoir été opérée, je ne souffre plus du ventre, je n'ai plus eu de descente de matrice et je marche très bien ».

RESULTATS OPERATOIRES

Observations	Age	NATURE du prolapsus	Date de l'intervention	La malade a donné de ses nouvelles le :	RESULTATS
I	41	Total	22 juin 1920.	Décédée à la suite de broncho-pneumonie	
II	60	Total	22 mai 1920		Très bons
III	44	Total	8 mai 1920		Excellents
IV	55	Total	22 mars 1920		Très bons
V	45	Total	28 octobre 1919		Très bons
VI	42	Total	28 juin 1920	25 avril 1921	Bons
VII	39	Incomplet	15 mars 1920	26 avril 1921	Bons (annexite probable)
VIII	52	Total	28 avril 1920	27 avril 1921	Excellents
IX	49	Total	28 octobre 1919		
X	31	Total	9 octobre 1919.		
XI	59	<i>Elythrocele</i>	3 mai 1919	25 avril 1921	Bons
XII	"	Complet	Mai 1920	Avril 1921	Parfaits

VALEUR DE LA METHODE DE BOUILLY ET CONCLUSIONS

Les résultats de cette méthode doivent être considérés, au point de vue plastique et fonctionnel et aussi suivant l'état des tissus des malades, suivant leur profession et le laps de temps qui s'est écoulé depuis l'intervention.

Au point de vue plastique, nous voyons que la vulve se trouve modifiée et reportée en haut et en avant, légèrement entr'ouverte. Elle permet de voir l'accolement des deux parois vaginales antérieure et postérieure. Le périnée est bien restauré et mesure une plus grande longueur; le vagin est fermé; le doigt introduit dans sa profondeur est senti pressé par les parois vaginales. Ainsi se trouve justifié le principe de Bouilly qui disait: « Le résultat utile est atteint quand les parois vaginales sont en contact derrière un périnée résistant.

Il faut ajouter qu'il se produit souvent, après l'intervention, une atrophie de l'utérus qui expliquerait l'absence de grossesse chez nos opérées.

Au point de vue fonctionnel, les sensations de pesanteur dans le bas ventre, de tiraillements lombaires, la gêne, les douleurs, tout cela disparaît. La malade, ainsi que l'indique l'une de nos observations, se sentant plus légère, marche facilement.

La pollakiurie elle aussi a disparue.

Presque toutes nos opérées sont de condition moyenne et travaillent pour gagner leur vie. Nous voyons cependant, d'après ce qu'elles nous racontent, que l'opération de Bouilly leur a donné à la plupart une large satisfaction.

Nous pensons toutefois que l'opération doit être méthodique et large, c'est la seule condition de la réussite.

Une malade récemment accouchée, n'est pas, comme on pourrait le croire, dans de bonnes conditions à cause de la laxité et de la vascularisation des tissus.

Les cas les plus favorables sont les prolapsus cysto-génitaux avec utérus peu abaissé et ceux qui ont été déterminés en partie par une déchirure vagino-périnéale obstétricale.

Nous ne saurions oublier de dire que la méthode de Bouilly semble donner d'excellents résultats dans le prolapsus utérin provoqué par une insuffisance physiologique des tissus.

Les résultats que nous soumettons paraissent prouver que l'opération de Bouilly est, dans les cas moyens, une bonne intervention que nous pourrions conseiller à nos malades dans l'espoir de leur apporter la guérison.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUILLY. — Le traitement des prolapsus génitaux. *Congrès français de chirurgie*, 1896, p. 583.
- TUFFIER. — Sur une maladie généralement caractérisée par une infériorité physiologique des tissus, *Congrès français de chirurgie*, 1896, p. 675.
- POZZI. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, p. 513.
- GUÉNARD. — De la cure des grands prolapsus génitaux par la méthode de Bouilly. *Thèse de Paris*, n° 356, 1903.
- DESCOMPS. — *Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, février 1912, p. 97.
- LE NORMANT et PETIT-DUTAILLIS. — *Journal de chirurgie*, t. XII, n° 4, avril 1914.
- GRISOLI. — Traitement des prolapsus utérins par la méthode de Bouilly. *Thèse de Montpellier*, n° 4, 1917.
- FORGUE et MASSABEAU. — *Gynécologie*, p. 502.
- HARTMANN (H.). — Pathogénie, étiologie et anatomie-pathologique des prolapsus génitaux. *Gynécologie et obstétrique*, 1921, t. III, n° 4.
- FORGUE. — *Traité de pathologie externe*, t. II, p. 1135.
- TESTUT et JACOB. — *Anatomie topographique*.
- TESTUT. — *Anatomie descriptive*.
- ROUVIÈRE. — *Précis de dissections*.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 2 mai 1921.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 2 mai 1921.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

